

BETEGTÁJÉKOZTATÓ ÉS BELEEGYZŐ NYILATKOZAT FACET ÍZÜLETI (GERINCOSZLOPBAN LÉVŐ KIS ÍZÜLETEK) BLOKÁD BEAVATKOZÁSHOZ

1. Személyes adatok:

- Beteg¹neve: #!NEV;
 - TAJ száma: #!TAJ_TAGOLT;
- Beküldő diagnózis: #!OSZTVZSGBEUTFODIAGNEV;
- Van-e gyógyszerérzékenysége? Ha igen, milyen gyógyszerre és milyen tünetekkel jár?
 - **Válasz:**
- Szed-e véralkotókat? Ha igen, milyen gyógyszert és mikor vette be utoljára?
 - **Válasz:**
- Tud-e véralvadásgátlót? Ha igen, milyen típusú és milyen tünetekkel jár?
 - **Válasz:**

2. A tájékoztatás tartalma:

- **Beavatkozás célja, elvégzését indokló tényezők:**

A gerincoszlopot alkotó csigolyákat összekötő kis ízületeket nevezzük facet ízületnek. A szomszédos csigolyákat 4-4 facet ízület köti össze. Ezek feladata, hogy stabilizálják a gerincet, segítsék annak mozgását. A facet eredetű fájdalom 15-40%-ban áll a krónikus alsó háti fájdalom hátterében. A fájdalom kialakulásáért felelős lehet többek között mechanikus sérülés, gyulladás vagy osteoarthritis (ízületi porckopás).

A fájdalom enyhítésére többféle lehetőség létezik: gyógyszeres fájdalomcsillapítás, valamint intervenciós terápiák. Utóbbi során az ízületbe adott injekciókkal, valamint az ízületet beidegző ideg mellé adott gyógyszerekkel érjük el a fájdalmat, adott esetben a gyulladás csökkenését.

A beavatkozás ajánlott azon betegek részére, akik krónikus háti fájdalommal és mozgáskorlátozottsággal küzdenek, valamint:

- a háti fájdalom vagy felső/ alsó végtagi fájdalom minimum 3 hónapja áll fenn
- a fájdalom közepes vagy súlyos
- konzervatív terápiára nem reagál (gyógyszeres fájdalomcsillapítás)
- fizikális vizsgálat alapján a fájdalom forrása a facet ízület
- (képalkotó vizsgálatok is alátámaszthatják)

Amennyiben a beavatkozást követően a fájdalomcsökkenés mértéke min. 50%, de a hatás csak átmeneti, lehetőség van az ízületet ellátó ideg tartós roncsolására is (neurolysis).

- **Beavatkozás leírása:**

A beavatkozás műtőben történik. Ön a megfelelő előkészítést követően egy vizsgáló asztalon hason fekszik kb. fél-1 óráig. A beavatkozás területét fertőtlenítést követően izoláljuk, helyi érzéstelenítést végzünk. Egy speciális tűt röntgen képerősítő segítségével juttatunk a megfelelő helyre, közben kontrasztanyagot és gyógyszereket injektálunk. A beavatkozás során folyamatosan kommunikálunk Önnel, hogy a tűvel az optimális pozíciót érhesse el a legjobb hatás érdekében. A beavatkozás során érezhet fájdalmat, azonban amint ezt jelzi, fájdalomcsillapítót adunk. Fontos, hogy fájdalmát lehetőleg szóban jelezze, ugyanis testhelyzetváltoztatás esetén a behelyezett eszközök – minden óvintézkedésünk ellenére – idegi vagy egyéb károsodást eredményezhetnek. A tű megfelelő pozíciójának megerősítését követően gyógyszereket juttatunk be (helyi érzéstelenítő, szteroid).

- **Beavatkozás lehetséges szövődményei a tudomány jelen állása szerint:**

Rövidtávú

- Fájdalom átmeneti fokozódása
- Fájdalom, diszkomfort érzés az injekció helyén
- Fertőzés, vérzés
- Gyulladás
- Allergiás reakció a gyógyszerekre
- Zsibbadás, égő érzés a derék, fartájék, alsó végtagok területén

Hosszútávú (ritka)

- Fájdalom fokozódása
- Ideg tartós károsodása, emiatt zsibbadás, gyengeség a végtagokban
- Érzészavar
- Epidurális tályog
- Discitis (porckorong gyulladás)
- Érsérülés miatt a gerincvelő vérrellátása károsodik

- **Beavatkozás elmaradásának esetleges veszélyei:**

Tartós háti fájdalom, rendellenes testtartás, további ízületek érintettsége, mozgáskorlátozottság, gyógyszeres fájdalomcsillapítók mellékhatásai, életminőség további romlása.

- **Beavatkozás várható eredménye, időtartama és megítélése:**

- Hetekig-hónapokig kitartó fájdalomcsökkenés/fájdalommentesség
- Szükséges fájdalomcsillapító gyógyszerek mennyiségének csökkenése, ezzel a mellékhatások kivédése
- Életminőség javulása

A beavatkozás eredményének és esetleges mellékhatásainak nyomon követése telefonos konzultáción keresztül valósul meg.

- **Alternatív beavatkozási lehetőségek:**

- nem gyógyszeres konzervatív technikák (testsúlycsökkentés, gyógytorna, deréköv használata)
- gyógyszeres fájdalomcsillapítás
- egyéb intervenciós technikák (intraarticularis terápiák, neuromoduláció, kémiai vagy fizikai behatás által ható ablatív technikák)
- műtéti megoldás

- **A beavatkozás előtt javasolt teendők, ezek eredménye:**

A beavatkozást egy ambuláns betegvizsgálat előzi meg. Ekkor részletesen beszélünk a beavatkozásról, valamint az azt követő teendőkről, lehetséges szövődményekről. Amennyiben kiegészítő vizsgálatra van szükség, ezt előre jelezzük. A beavatkozás napján a megbeszélte időpontban és helyszínen jelenjen meg kísérő jelenlétében éhgyomorral. Ha valamilyen ok miatt nem tudna eljönni, kérjük feltétlenül és mihamarabb jelezze!

A beavatkozás műtőben történik, utcai ruháját le kell vennie, helyette egy köpenyt viselhet.

A beavatkozás nem végezhető abban az esetben, ha véralvadást gátló gyógyszert szed (ezt a kezelőorvossal történt megbeszélteknek megfelelően fel kell függeszteni), ha a beavatkozás helyén gyulladás, fertőzés észlelhető, illetve, ha 3 hónapon belül a kezelni kívánt ízületbe egyéb gyógyszeres injekciót kapott.

- **A beavatkozás utáni időszak fontosabb teendői (amire figyelni kell a betegnek!):**

A beavatkozást követően rövid megfigyelési időszak következik. Körülbelül 1 óra elteltével távozhat otthonába, mindenképpen kísérő jelenlétében! Fontos, hogy átmenetileg (néhány nap) a fájdalom fokozódhat, ebben

az időszakban szükség lesz gyógyszeres fájdalomcsillapításra! A beavatkozást 1 hét elteltével telefonos kontroll vizit követi.

• **A beteg által feltett kérdések és orvosi válaszok:**

1. Kérdés:

Válasz:

2. Kérdés:

Válasz:

3. Kérdés:

Válasz:

(További kérdések és válaszok esetén pótlap használata szükséges.)

Amennyiben a beteg kérdést nem tett fel az üresen hagyott „válasz/kérdés” területet át kell húzni!

Kijelentem, hogy a beavatkozás, kezelés természetéről és céljairól, a várható előnyökről és az ezekkel járó kockázatról, a kötelező elővigyázatosság ellenére adódó szövődmények lehetőségéről, valamint betegségem kezelésének egyéb lehetséges módzatairól megfelelő tájékoztatást kaptam.

Ismertették velem, hogy a beavatkozás elmaradásának milyen egészségkárosodás lehet a következménye.

Beleegyezem a szükségesnek tartott gyógyszerek, kábítószeres, vagy más anyagok adásába.

Tudomásul veszem, hogy rajtam beavatkozás, kezelés során eltávolított szövetek, szervek, patológiai- és kórszövetteni vizsgálatra kerülnek, továbbá beleegyezem azok esetleges további felhasználásába.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben a kórházi kezelés alatt bármely fertőző vagy arra gyanús betegséget észlelnek, a saját, a betegtársak és a dolgozók érdekében piros színű betegazonosító karszalagot helyeznek fel a csuklómra.

Beleegyezem, hogy a beavatkozás, illetve a kezelés menetéről fénykép, vagy videofelvételek készüljenek azzal a kikötéssel, hogy azokon személyem nem válik felismerhetővé.

Tudomásom van arról, hogy a gyógyintézetben egészségügyi személyzet képzése is folyik, és ezért beleegyezem abba, hogy kezelésemben – felelős személy jelenlétében és annak felügyelete mellett – nemcsak orvosok, hanem orvostanhallgatók, és más egészségügyi szakdolgozók is részt vehessenek, akiket szintén az orvosi titoktartás kötelez.

Tudomásul veszem, hogy az egészségi állapotom indokolt szakszerű ellátása érdekében rajtam végzendő beavatkozást az osztályvezető főorvos, vagy helyettese által kijelölt orvos végzi, illetve irányítja az Egészségügyi Törvény figyelembevételével.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben állapotom a további gyógykezelésemet nem indokolja, úgy az intézmény zárójelentést állít ki részemre, mellyel otthonomba bocsát. Ez esetben az intézmény elhagyásáról magam, vagy hozzátartozóm útján gondoskodom.

Kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont Házi rendjének elérhetőségéről tájékoztattak, módot adtak annak megismerésére, azt elfogadom.

„A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól” szóló 1999. évi XLII. törvény és az Országos Tűzvédelmi Szabályzat előírásainak figyelembe vételével, tudomásul veszem, hogy a Soproni Gyógyközpont egész területén, különösen a betegellátó osztályokon a dohányzás (elektromos cigaretta használata is) és tűz gyújtására alkalmas eszköz használata kizárólag a kijelölt dohányzóhelyeken megengedett! A kapott tájékoztatást elegendőnek találtam, további felvilágosítást abban az esetben kérek, ha beavatkozásokat tesz szükségessé.

Amennyiben a részletes orvosi felvilágosítás ellenére a beavatkozást, illetve kezelés elutasítom, annak következményeiért a felelősséget átvállalom, azokat az orvosokat, akiktől a javasolt orvosi beavatkozást nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem. Ebből eredően velük, illetve az intézménnyel szemben semminemű igényt nem támasztok. Beleegyezem, hogy az egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából általam megadott személyes és egészségügyi adataimat a Soproni Gyógyközpont megismerje, tárolja elektronikus vagy papír alapon és egyben kezelje a számomra nyújtott egészségügyi szolgáltatások teljesítésével kapcsolatban betartva a vonatkozó hatályos jogszabályokat.

Kijelentem, hogy a személyes adataim kezelésével és védelmével összefüggésben a szükséges és megfelelő tájékoztatást megkaptam és tudomásul veszem, hogy az adatvédelemmel kapcsolatos részletes szabályok az intézmény honlapján (www.sopronigyogykozpont.hu/informaciok/betegtajekoztatok) megismerhetőek.

2. SAJÁT GYÓGYSZER SZEDÉSE

Tudomásul veszem, hogy nem a kórház által biztosított gyógyszert csak saját felelősségemre szedhetem, és az ezekből adódó egészségkárosodásért, esetleges állapotromlásért, illetve javulás elmaradásáért a Kórház felelősséget nem vállal.

3. TÁJÉKOZTATÁS KORÁBBI BETEGSÉGRŐL, GYÓGYKEZELÉSRŐL

Tudomásul veszem, hogy az Egészségügyi Törvényben foglalt kötelezettségeimnek megfelelően az ellátásomban közreműködő egészségügyi dolgozókat tájékoztatnom kell mindarról, amely szükséges a kórisme megállapításához, a megfelelő kezelési terv elkészítéséhez és a beavatkozások elvégzéséhez, így különösen minden korábbi betegségről, gyógykezelésemről, gyógyszer- vagy gyógyhatású készítmény szedéséről, egészségkárosító kockázati tényezőkről. Tájékoztatom Öket – a saját betegséggemmel összefüggésben - mindarról, amely mások életét vagy testi épségét veszélyezteti, így különösen a fertőző betegségekről, valamint fertőző betegségem esetén megnevezem azokat a személyeket, akiktől a fertőző betegséget megkaphattam, illetve akiket megfertőzhettem.

Tudomásul veszem, hogy a kezelőorvos jogosult áttekinteni az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő adatbázisában, hogy mikor, hol és milyen típusú egészségügyi ellátásokat vettem igénybe a kötelező egészségbiztosítás terhére.

4. ADATVÉDELEM

Kérjük, hogy az alábbi táblázatban az „igen” vagy a „nem” rovatban „X”-szel jelölje, hogy hogyan rendelkezik! Minden kérdésre válaszoljon és mindegyikre csak az egyik oszlopba tegyen jelet !

igen nem

Az érdeklődőknek (porta, telefon) a bennfekvésem tényét és az ápoló osztályom nevét megadhatják.

Az alábbi rovatokba írja a megfelelő személy nevét, lakcímét, és telefonszámát, vagy húzza ki, ha üresen akarja hagyni.

Név Lakcím Telefonszám

Az állapotommal, bennfekvésemmel kapcsolatban kérem értesítsék:

*1.Telefonszám:

*2.Telefonszám:

A tájékoztatás jogáról lemondok, a betegségem részleteiről helyettem tájékoztassák:

*Legalább 1 olyan telefonszámot kérünk megadni, melyen az értesítendő hozzátartozó éjjel-nappal elérhető

A többi jog (pl. beleegyezés és beavatkozás visszautasítása) gyakorlását átruházni csak hiteles köz- vagy magánokirattal lehet. Erről kérdezze orvosát.

Megjegyzés:

A betegjogi tájékoztatót elolvastam, és tudomásul vettem.

5. ÉLELMISZER FOGYASZTÁS

Tudomásul veszem, hogy a kórházban kapott élelmiszereken felül mást csak saját felelősségemre fogyaszthatok, és erről a kezelőorvost tájékoztatom.

Hűtést igénylő élelmiszerek csak a hűtőszekrényben, nevemmel ellátva tárolhatók.

Beleegyezem, hogy az állapotomat negatív módon befolyásoló élelmiszereket az ápoló a megkérdezésem nélkül megsemmisítheti.

6. ÉRTÉK MEGŐRZÉS

Tudomásul veszem, hogy a tulajdonomat képező értékeim, gyógyászati segédeszközeim – mankó, műfogsor, szemüveg, valamint egyéb személyes holmim (pl. irataim) a kórházi tartózkodásom alatt is őrizetemben marad, ezek elvesztéséért, eltűnéséért a kórház felelősséget nem vállal amennyiben azok megőrzését nem kérem.

Értéktárgy megőrzésre lehetőséget biztosítunk, (lásd: „ME 07-03 A beteg tulajdonának kezelése” minőségirányítási eljárás) amennyiben azt igényli (jelölje x-szel):

igénybe veszem

nem igénylem

7. NYILATKOZAT BETEGAZONOSÍTÓ KARSZALAGRÓL

Cselekvőképes beteg esetében

Kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén, ellátási biztonságom érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A fenti tájékoztatást megértettem, döntésemet cselekvőképességem teljes birtokában, befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez (jelölje x-szel):

Hozzájárulok, hordani fogom, benntartózkodásom alatt megőrzöm, távozáskor leadom.

Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben cselekvőképtelen állapotba kerülnek, biztonságom érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

Korlátozottan cselekvőképes beteg felvétele esetén

Fent megjelölt beteg törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a Soproni Gyógyközpont orvosa által teljeskörű tájékoztatást kaptam arról, hogy hozzájárulásom esetén az általam kísért, ellátandó betegre ellátási biztonsága érdekében betegazonosító karszalagot helyeznének fel. A tájékoztatást a beteg ellátása előtt tették. A tájékoztatást megértettem. Döntésemet a beteg érdekeinek figyelembevételével, törvényes jogaim gyakorlásával hozom meg. Döntésemet befolyástól, kényszertől és fenyegetéstől mentesen teszem. Tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomat bármikor visszavonhatom.

A karszalag feltételéhez (jelölje x-szel):

Hozzájárulok.

Nem járulok hozzá, de tudomásul veszem, ha és amennyiben a beteg cselekvőképtelen állapotba kerül, biztonsága érdekében az intézet orvosa ezt fel fogja helyezni.

8. NYILATKOZAT CSELEKVŐKÉPESSÉGRŐL

Nyilatkozom, hogy cselekvőképességet kizáró, illetve az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlásában korlátozó gondnokság alatt (jelölje x-szel):

Nem állok

Nem állok, de állapotom miatt, nevemben eljárni, döntésben kompetens hozzátartozót nevezek meg:

Hozzátartozó neve:.....

Elérhetősége:Cím:..... Tel. szám:.....

Állok

Gondnok neve:.....

Elérhetősége: Cím:..... Tel. szám:.....

A fenti pontokban foglaltakat tudomásul veszem, és beleegyezésemet adom, a..... pontokban foglaltakba nem egyezem bele.

Sopron, #!AKTDATUMHONAPNEVVVEL;

.....
a beteg, törvényes képviselő,
vagy a meghatalmazott hozzátartozó aláírása

.....
tájékoztató orvos aláírása

.....
felvevő ápoló aláírása